

注意：電話で在庫を御確認の上、FAXして下さい

藤沢薬剤師会薬局宛

FAX 0466-50-0631

年 月 日

藤 沢 薬 剤 師 会 薬 局 分 譲 依 頼 書

店舗運営協力会員 No
保 険 薬 局 名
電 話 番 号
依 頼 責 任 者

医 薬 品 名 ・ 品 名	数 量	製 造 番 号	期 限	備 考

※ 太枠は会営薬局で使用する欄になります。

※ 添付文書やその他、資材が必要な場合は備考欄に記載して下さい。

連絡事項

来局予定日時 : 30分以降 ・ 時頃 ・ 月 日 時頃

諸注意

- ・ 来局時には依頼書原本の御提示が必要となります。
- ・ 会員薬局は店舗運営会員証を御提示ください。また、非会員薬局は開設許可証のコピーをご提出ください。(非会員薬局は分譲手数料が必要となります。)
- ・ 医薬品名は剤形・規格などは正確に記載して下さい。
- ・ 軟膏容器、水剤容器は有料となります。また、軟膏の分譲は別途手数料が発生します。
- ・ 来局予定日時を必ず明記して下さい。

会 営	譲 受 者 *

※譲受の内容が間違いないことを確認しました。